

**Zielgruppe:** Diabetologische Schwerpunktpraxis  
**Teilnehmeranzahl:** 16  
**Seminartermin:** Mittwoch, 16. November 2022, 14 bis 18 Uhr  
**Seminarort:** Seminarzentrum der KVN, Gebäude Schiffgraben 22-28 (Erdgeschoss), 30175 Hannover  
**Teilnehmergebühr:** 80 Euro pro Person , inklusive Verpflegung und Unterlagen  
**Referent:** Ralph Geldmacher, Facharzt für Innere Medizin  
**Fortbildungspunkte:** 5  
**Ansprechpartnerin:** Heike Knief, KV Niedersachsen, Berliner Allee 22, 30175 Hannover, Telefon: 0511 380-3379, Telefax: 0511 380-4620, E-Mail: [seminarangebote@kvn.de](mailto:seminarangebote@kvn.de)

**Verbindliche Anmeldung** (bitte vollständig ausfüllen)

Ich nehme an dem Seminar mit \_\_\_\_ Person/en teil (maximal 5 Teilnehmer).

Teilnehmer 1:

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname der/des Teilnehmer/s

Teilnehmer 3:

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname der/des Teilnehmer/s

Teilnehmer 5:

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname der/des Teilnehmer/s

Teilnehmer 2:

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname der/des Teilnehmer/s

Teilnehmer 4:

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname der/des Teilnehmer/s

**Rechnungsempfänger**

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (Praxis)

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Anschrift des Rechnungsempfängers (Praxis)

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer für evtl. Rückfragen

\_\_\_\_\_  
10.08.2022

\_\_\_\_\_  
LANR.

\_\_\_\_\_  
BSNR.

\_\_\_\_\_  
Datum

Mit der verbindlichen Anmeldung akzeptiere ich die AGB der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen.

Die Datenschutzhinweise habe ich zur Kenntnis genommen.